

PSEUDOLIMFOMA PULMONAR PER RESTES HIDATÍDIQUES

P. HUGUET, NÚRIA TORAN, M. LLOMPART

INTRODUCCIÓ. — Hom defineix el pseudolinfoma extranodal com un procés reactiu benigne de causa generalment desconeguda, tot formant generalment una massa tumoral en què la proliferació de cèl·lules limfoides permet la confusió amb un limfoma maligne. En essència un pseudolinfoma és la contrapartida extranodal d'un gangli limfàtic reactiu.¹ Si bé en la majoria dels casos de pseudolinfomes la causa del procés és desconeguda, en algunes ocasions aquesta causa pot ésser atribuïda a un agent etiològic discernible.

L'objecte de la present comunicació és aportar un cas de pseudolinfoma pulmonar que es va intervenir amb el diagnòstic de presunció de carcinoma i en el qual l'estudi histològic va demostrar l'existència de restes de quist hidatídic en el si del teixit pseudolinfomatós.

OBSERVACIÓ PERSONAL. — P. S. R. (H.^a C.^a 36.297, B-76/977). Dona de 58 anys, casada, sense antecedents personals ni familiars d'interès.

L'octubre de 1975, després d'un quadre catarral amb febre i tos productiva va presentar de forma esporàdica i repetida expectoració tenyida de sang, fet pel qual va ingressar en el centre hospitalari el 30 de desembre de 1975.

L'examen radiològic va mostrar una imatge densa i mal delimitada en el lòbul superior del pulmó esquerre. BK i Mantoux van ésser negatius. L'espirometria i gasometria, normals. Li fou practicada una broncoscòpia que va mostrar un engruiximent inespecífic de la paret del bronqui segmentari del lòbul superior esquerre. La citologia per raspat d'aquesta zona fou considerada com a compatible amb un carcinoma poc diferenciat. Després de la broncoscòpia va presentar nova hemoptisi. El 14 de gener de 1976 fou traslladada al nostre centre per a ésser intervinguda quirúrgicament.

Durant tot aquest temps no va presentar astènia, anorèxia ni pèrdua de pes; únicament en els darrers dies s'observà dispnea pels esforços

mitjans. Els exàmens complementaris practicats van ser totalment anodins, a excepció de la fórmula leucocítica que va mostrar set eosinòfils. La VSG fou normal. L'alfa-fetoproteïna fou negativa. Amb el diagnòstic clínic de presumpte carcinoma pulmonar fou intervinguda el 30 de gener. Hom li practicà lobectomia superior esquerra i buidament ganglionar. L'informe quirúrgic fou de tumoració apical ulcerada amb adheïncies pleurals i invasió presumible dels ganglis de l'aorta descendent del ductus, i peribronquials que estaven augmentats de volum. Davant les dades clíniques i quirúrgiques i l'antecedent d'una citologia positiva, la biòpsia peroperatòria d'un petit fragment tumoral va plantejar formalment la possibilitat d'un carcinoma microcític. La peça de lobectomia, la mida i pes de la qual es trobaven dins la normalitat, fou remesa al nostre departament, i mostrava en la zona apical una àrea compacta mal delimitada sense aspecte tumoral. La pleura era una mica engruïda. Es van rebre també cinc adenopaties, la major d'1,8 cm. de diàmetre longitudinal. El material va ser processat amb les tècniques de rutina.

L'examen microscòpic va revelar una densa infiltració septal i alveolar per limfòcits madurs, amb presència de fol·licles proveïts de centres germinals reactius, així com presència de cèl·lules plasmàtiques. No es van trobar àrees de necrosi (fig. 1).

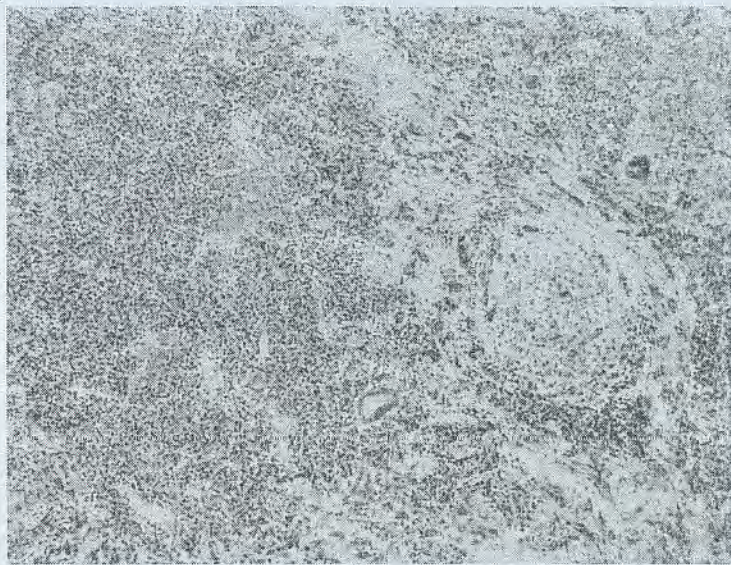


Fig. 1. — Densa infiltració limfoide amb esborrament de la textura pulmonar i presència d'un fol·licle reactiu (HE, 150 X).

En el si d'aquest teixit es van reconèixer algunes restes de formacions quístiques parcialment desintegrades a l'interior d'algunes de les quals podien ser identificades membranes citinoses anhistes laminars sense capa germinativa interna residual (fig. 2). Aquestes restes quístiques estaven voltades de corones de cèl·lules monocítiques, algunes amb transformació geganto-cellular, i provocaven en conjunt un col·lapse del parènquima pulmonar veí (fig. 3). A les zones perifèriques els limfòcits infiltraven els septes interalveolars. La pleura mostrava discreta reacció inflamatòria inespecífica. Els ganglis no eren envaïts i únicament presentaven hiperplàsia fol·licular amb centres reactius.

Es va establir el diagnòstic de pseudolinfoma per hidatidosi pulmonar residual, puix que la hidatidosi fou presa com a causa desencadenant de la reacció pseudolinfomatosa.



FIG. 2. — Restes hidatídiques amb membrana laminada típica voltades d'una corona de cèl·lules histiocitàries i cèl·lules gegants multinucleades (HE, 300 X).

COMENTARIS. — Els pseudolinfomes són lesions reactives i s'han descrit en distints òrgans. Entre ells figuren els pseudolinfomes d'estómac associats a úlcera pèptica,² els d'intestí prim a enteritis regional³ i el pseudolinfoma pulmonar que representa probablement una forma de pneumònia crònica en la qual predominen els limfòcits.⁴

En el cas que presentem, la reacció pseudolinfomatosa era causada per restes de tipus hidatídic identificats en el si de les lesions. És interessant de destacar les característiques inhabituals en aquest cas d'hidatidosi pulmonar. A part de l'absència de manifestacions clíniques del procés de la localització poc freqüent que ocupa en un vèrtex pulmonar, destaquen els seus aspectes morfològics amb absència d'una gran formació quística, bé sigui hepàtica, bé sigui pulmonar, i l'existència de diversos petits nòduls verminosos que gairebé simulen una disseminació pulmonar del procés.

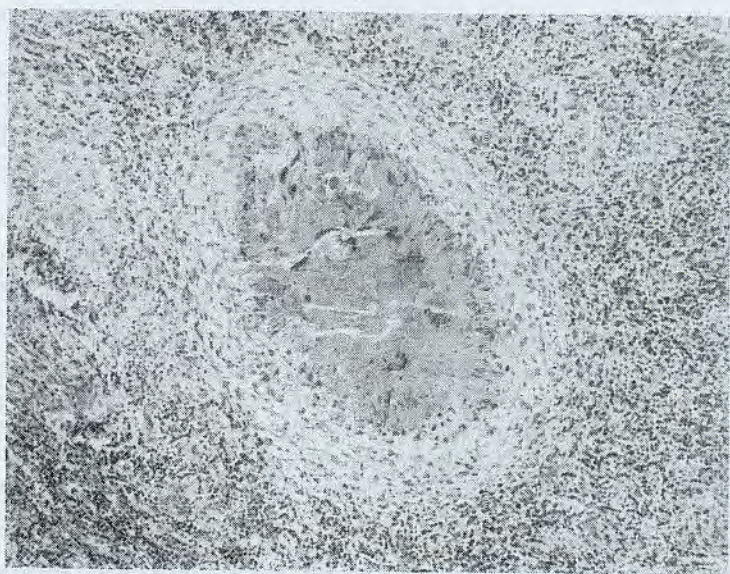


FIG. 3. — Petit nòdul verminós en el si del teixit pseudolinfomatós (HE, 150 X).

Des del punt de vista morfològic, hom pot establir en aquest cas el diagnòstic diferencial entre restes hidatídiques i restes verminoses d'una altra índole, especialment d'*Ascaris lumbricoides* pel fet que aquest darrer verm presenta una fase de pas pel pulmó en el seu cicle biològic. Afavoreixen el diagnòstic d'hidatidosi el caràcter laminar de les membranes, de configuració irregular, i d'altra banda l'absència d'estructures tubulars identificables com a ascaridiàtiques, així com l'absència de túnica muscular, elements digestius o òrgans sexuals.^{5, 6}

Clínicament els pseudolinfomes pulmonars solen ser asimptomàtics, i només a vegades els pacients presenten calfreds, tos, febre, dolor toràcic, astènia i pèrdua de pes.¹ El quadre radiològic és igualment ines-

pecífic. Mostra sovint broncogrames aeris, i poques vegades embassament pleural o limfadenopaties.⁷

Macroscòpicament no existeixen diferències substancials entre els pseudolinfomes i els limfomes malignes pulmonars de tipus limfocític. En ambdós casos s'hi veuen masses sòlides la mida de les quals oscil·la des d'uns centímetres fins a ocupar la totalitat d'un lòbul o fins i tot del pulmó. Generalment són perifèrics, rosats o blanquinosos al tall, habitualment ben delimitats, però no capsulats. És important de tenir en compte que els ganglis regionals poden ser més grossos que els normals, fet que no indica que estiguin necessàriament envaïts^{1, 5} i adenopaties d'aquesta mena regionals poden correspondre a limfadenitis reactives.

Microscòpicament els pseudolinfomes i limfomes malignes limfocítics estan constituïts per cèl·lules limfoides que formen masses que tendeixen a créixer intraseptalment cap a la perifèria. És freqüent el creixement endobronquial prominent per sota de l'epiteli bronquial intacte. Poden presentar poca o no gens de necrosi.

El diagnòstic diferencial del pseudolinfoma pulmonar ha de ser establert fonamentalment amb el limfoma limfocític ben diferenciat i el carcinoma de cèl·lules en grans de civada («oat cell» carcinoma).

En el diagnòstic diferencial del pseudolinfoma amb el limfoma limfocític són útils els mateixos criteris que estableix RAPPAPORT per a distingir un limfoma maligne ganglionar d'una hiperplàsia reactiva.⁸ Afavoreixen el diagnòstic de pseudolinfoma la presència de centres germinatius i d'infiltrat inflamatori compost per diversos tipus de cèl·lules. Un infiltrat uniforme de limfocits madurs o immadurs, sense centres germinals, suggereix un limfoma maligne. No obstant això, en alguns casos límit, el diagnòstic diferencial planteja problemes importants, i probablement sigui l'existència d'elements atípics en els ganglis regionals o la sembra pleural del tumor el criteri més important per a establir la malignitat del procés.

La biòpsia endoscòpica i la citologia exfoliativa són poc útils en el diagnòstic diferencial dels pseudolinfomes amb els limfomes malignes extranodals, ja que en ambdues lesions es poden observar grans àrees compostes només per limfòcits.

El carcinoma de cèl·lules en grans de civada és un tumor endobronquial constituït per petites cèl·lules d'aspecte limfocitoide moltes vegades fusiformes, i que sovint presenten figures mitòtiques. La confusió entre un «oat cell» carcinoma i un limfoma maligne de tipus limfocític és possible en l'avaluació citològica de l'espüt, com va ocórrer en el nostre cas amb la citologia practicada en un altre centre, o en una biòpsia peroperatòria per congelació; però es planteja més rarament a la valoració del material quirúrgic inclòs. A part dels criteris citològics, té interès el tipus de les lesions descrites per AZZOPARDI com a caracte-

rístiques del carcinoma en grans de civada, constituïdes per la presència de corpuscles hematoxilínics i dipòsits de material basòfil a les parets dels vasos en àrees pròximes a focus de necrosi de tipus tumoral.

Per establir el diagnòstic en una biòpsia incisional cal una mostra de teixit prou gran que permeti tenir una raonable possibilitat de trobar centres germinatius.¹

La importància del diagnòstic és òbvia. És una lesió benigna el tractament de la qual es limitarà a l'excisió quirúrgica de la zona afectada, i no requerirà mai la radioteràpia i quimioteràpia que exigeixen els processos malignes.

RESUM. — S'aporta un cas de pseudolinfoma pulmonar apical esquerre en una dona de 58 anys, sense manifestacions clíniques prèvies, que va ésser intervinguda amb el diagnòstic de presumpció de carcinoma pulmonar perifèric, i en el que l'examen histològic va evidenciar en el si de les lesions pseudolinfomatoses l'existència de restes hidatídiques. Hom discuteix la significació dels pseudolinfomes i els diagnòstics diferencials que plantegen les formes de localització pulmonar.

*Departament d'Anatomia Patològica (Prof. A. MORAGAS)
de la Ciutat Sanitària «Francisco Franco» de la Seguretat Social.
Barcelona.*

BIBLIOGRAFIA

1. SALTZSTEIN, S. L.: «Extranodal malignant lymphomas and pseudolymphomas». Dins de S. C. SOMMERS: «Pathology Annual», vol. 4, pàg. 159. Appleton-Century-Corfts, Nova York, 1969.
2. FARIS, T. D., SALTZSTEIN, S. L.: «Gastric lymphoid hyperplasia: a lesion confused with lymphosarcoma». Cancer, 17, 207, 1964.
3. WEAVER, D. K., BATSakis, J. G.: «Primary lymphomas of the small intestine». Amer J. Gastroenterol, 42, 620, 1964.
4. SALTZSTEIN, S. L.: «Pulmonary malignant lymphomas and pseudolymphomas: Classification, therapy and prognosis». Cancer, 16, 928, 1963.
5. ACKERMAN, L. V., ROSAI, J.: «Surgical Pathology», pàg. 241, 5a. edició. C. V. Mosby Co. St. Louis, 1974.
6. ROBBINS, S. L.: Patología estructural y funcional, pàg. 448, 1a. edició espanyola. Editorial Interamericana, Madrid, 1975.
7. HUTCHINSON, W. B., FRIEEDENBERG, M. J., SALTZSTEIN, S. L.: Primary pulmonary pseudolymphoma. Radiology, 82, 48, 1964.
8. RAPPAPORT, H., WINTER, W. J., HICKS, E. B.: Follicular lymphoma. Cancer, 9, 792, 1956.